

多機能型精神科地域ケアによる 医療継続支援



平成28年10月31日

日本多機能型精神科診療所研究会 代表世話人 窪田彰

医療継続の重要性への気づきから構築した 「精神科地域ケア体制（錦糸町モデル）」

1978年

都立墨東病院（錦糸町）で日本で最初の精神科救急事業をスタート

退院後、医療の継続的支援がないと、再発・再入院



当事者の心の拠り所となる拠点の必要性に気付く

⇒当事者が自由に利用できる部屋「友の家」等を病院近くに創設

1986年

錦糸町に開業

切れ目のない医療を提供するために

- 行政、地域の医療・福祉機関との連携構築
- 必要な地域資源の創設

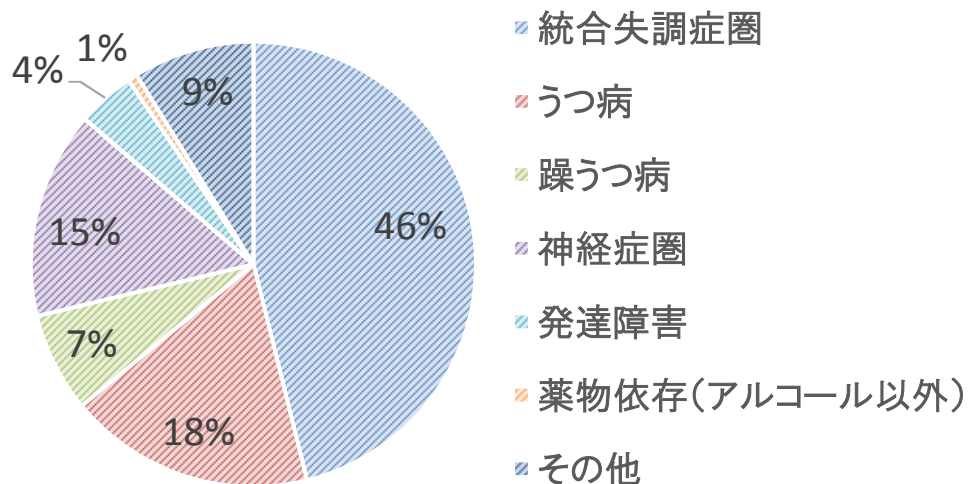
重い課題を持った患者のための地域ケア体制を構築

「重い課題を持った患者」とは

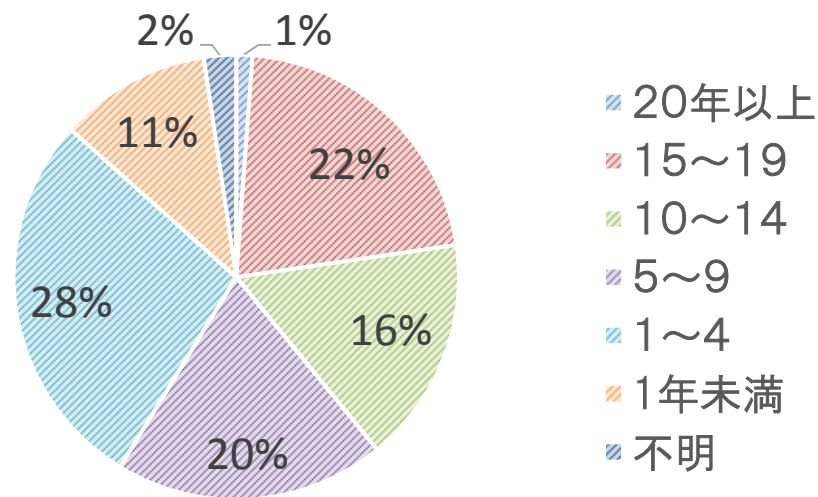
- 医療観察法通院処遇中の患者
- 措置入院後の通院治療中の患者
- 長期入院後に地域生活を再開する患者
- 拘置所もしくは刑務所出所後の患者
- 必要な医療を拒否している患者
- 薬物依存の患者 など

当院の通院患者の特徴

診断名



フォローアップ期間



入院歴あり—36.9% 障害年金受給中—29.6% 受診中断歴あり—23.7%
引きこもり傾向あり—39.6% 病識不十分(主治医の判断による)—35.6%

対象:H27.10.26~10.31の全外来患者1023人
(男性487人、女性536人、平均年齢47.5±14.8歳)

錦糸町クボタクリニックの実践

—多職種チームによる重い課題を持った患者への継続的支援—

院内ミーティング（定期的に実施し方針の見直しを行う）

患者の状態、ニーズのアセスメント
ケアの方針の決定・共有

ケア会議

精神科病院、行政、福祉事務所、障害福祉サービス事業所等の職員との協議

外来通院

主治医の診察
ケースマネジャー等による個別面談、家族支援

アウトリーチ支援

訪問看護、訪問診療、往診等による生活支援、医療継続支援、危機対応



ケースマネジャー（外来）または
相談支援専門員（相談支援センター）
＜PSW、臨床心理技術者が担当＞

24時間電話対応

夜間・休日の患者、家族からの相談対応（マイクロ救急）

精神科デイケア等

重症者にも医療的対応が可能な活動の場
必要に応じて就労支援サービスへの移行促進

その人らしい生活、
自己実現を支援

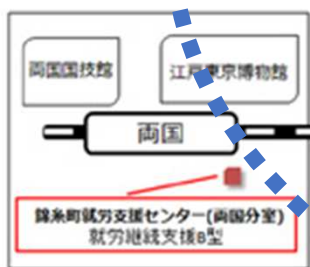
※赤字は診療報酬外のサービス

地域全体で精神障害のある人を支える

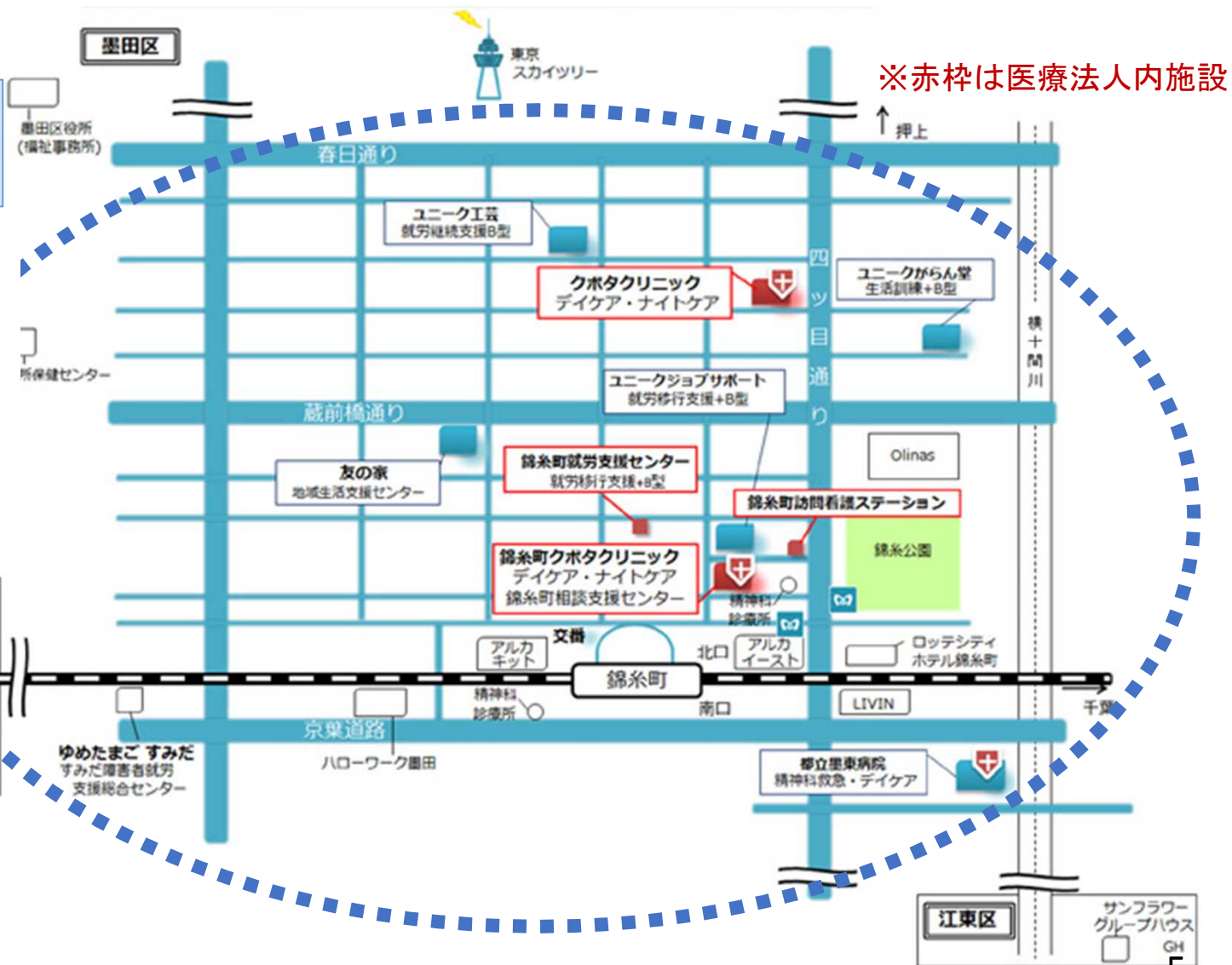
—ケースマネジメント、ケア会議による顔の見える連携を構築—

医療機関、障害福祉サービスが地域に点在

- 住み慣れた地域でサービスを受けられる
- 地域住民の理解促進
- スタッフが「地域で支える」という意識を共有できる



「地域共生社会」
の実現を目指す



医療機関では提供困難なサービス

1. 引きこもり等で初診困難・受診拒否の人への治療導入
2. 重い課題を持った患者が、受診を中断・拒否している場合
 - 治療契約が成立しない患者への強制的な治療提供（アウトリーチを含む）はできない
 - 患者の自己決定権を尊重しつつも、患者および周囲の人の生命、健康、生活を守るためにはどうすべきか
3. 薬物依存等、濃厚なケースマネジメントを必要としている場合
 - ケースマネジメントに関わる業務（院内ミーティング、ケア会議、他機関との調整、ケースマネジャーによる個別面談・家族支援等）は診療報酬外のサービスであり、支援できる患者数は限られる



行政（市町村）からの業務委託により対応可能に

個人の生活・価値観を尊重した医療継続支援

医療機関

- 医師および多職種による適切なアセスメント
- ケースマネジメント（コーディネーター）
- アウトリーチ支援
- ケア会議
- 多機能・多施設間連携
- 24時間ミクロ救急体制

これらのサービスを十分提供できる体制を地域に構築するための診療報酬の見直しが必要

市町村からの直接支援、または医療機関への委託により実施

業務委託

医療機関が地域に対する責任を担う

市町村

直接支援

医療が必要であるが治療を拒む人

- あたたかな見守りによる孤立化防止
- 十分な時間をかけた関係性構築
- 必要時の危機介入



委託先の医療機関としては、多機能型精神科診療所、多機能型精神科病院等が想定される

個人の生活・価値観を尊重した医療継続支援を実現するための条件

1. 医療機関が適切なアセスメント、ケースマネジメント、24時間365日ミクロ救急を実施すること
⇒ **個人の状態とニーズに応じた医療の提供**
2. 外来医療の充実(デイケア、アウトリーチ、多職種によるケア)と多職種・多機能・多施設連携の促進
3. 診療報酬や通常の障害福祉サービスでは対応困難な人に対しては、自治体(市町村)が積極的な関与をしていく
4. 自治体の実情に応じて、民間医療機関への業務委託をすることにより、官民協働で当該地域における包括的ケアを提供
⇒ **地域共生社会の実現へ**

地域精神保健センター(仮)と自治体の協働による精神障害者地域包括ケアの実現

- 市町村からの民間精神科医療機関への委託により、人口10~20万人に1か所の地域精神保健センターを設置。
- 未受診者、医療中断者、薬物依存、措置入院後、医療観察法通院処遇後等、通常は民間では対応困難な課題への対応を行う。
- ケースマネジメントにより障害福祉サービス、学校、職場、行政機関との連携を促進し、精神障害者との共生社会を実現する。

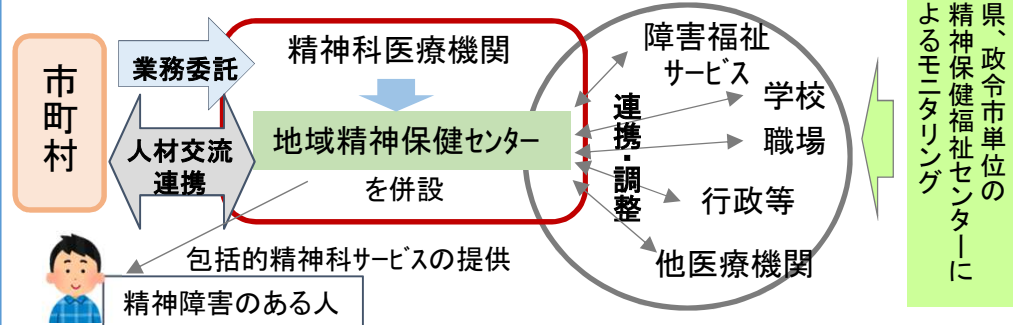
【国際社会の動向】

- 日本を除く先進7か国(G7: カナダ、イタリア、イギリス、アメリカ、フランス、ドイツ)では、人口10~20万人に1つの地域精神保健センター(チーム)が、キャッチメントエリア内の地域住民の精神保健医療福祉に責任を持つシステムが存在。
- 香港では、統合失調症患者による事件、事故をきっかけとして政府主導で「精神障害者が地域に受け入れられ、定着した生活ができるための地域モデル」の構築を開始。
⇒2012年~香港を18地区に分け、1地区に1つ地域精神保健センターを設置(NGOによる運営)。外来医療を軸にケースマネジャーが家庭訪問の実施等を行いケアの計画・調整を実施。

【日本の現状と課題】

- **フリーアクセス**
利点: 本人の選択の自由度が高い
欠点: 地域に対して責任を持ったサービス提供を行うことが困難
- **地域精神医療の未発達**
入院精神医療に比較し、外来精神医療への診療報酬がかなり低い
ケースマネジメント、ケア会議への診療報酬の評価なし
⇒未受診者、医療中断者、措置入院後等の困難事例への対応は医療機関の無償サービスの部分が大きくなりがち
- **医療と福祉、学校、職場、行政との連携不足**
「連携」「調整」は診療報酬の対象外、障害福祉サービスによる相談支援では福祉外の資源との連携が困難
- **市町村のマンパワー不足**
精神障害者のケアに中核的・主体的役割を果たすことが期待されている市町村はマンパワー、スキル不足による過剰負担が懸念
⇒民間活力の利用推進への期待(例: 認知症疾患医療センター)

【地域精神保健センター(仮)の概要】



- 未受診者、治療中断者、困難事例に対する訪問看護、訪問診療、往診、多職種によるアウトリーチの実施
- 当該地域の患者については、責任を持ってフォローする(措置入院後、医療観察法処遇終了後の患者を含む)
- 精神科外来診療、アセスメント
- 困難事例を対象とした精神科デイケア等の実施
- 24時間電話対応
- 地域ケア会議の実施

地域に対して責任を持った精神科サービスの提供

【期待される効果】

- 各地域にケアに責任を持つ精神科外来拠点が生まれる。
- 困難な課題を持った精神障害者に継続的ケアが可能になる。
- 民間活力の利用により、低コスト(1ヶ所2500万円)で実施可能。
- 行政の施策を地域に反映させる窓口が生まれる。
- 市町村との人材交流により、市町村職員のスキルアップ、精神障害者への理解促進⇒心のバリアフリー、精神障害者との共生社会の実現

近年、外来医療に精神科デイケアや訪問看護・訪問診療等を併設した多機能型精神科診療所や病院が増加。これらが手をあげれば実施可能。